

Paciente

Nombre: MIA
Apellido paterno: MEJIA
Fecha de registro: 07/11/2025
Fecha de nacimiento: 12/11/2007
Sexo: Femenino
Tipo documento: CURP
País: MÉXICO
Estado: BAJA CALIFORNIA
Municipio: TIJUANA
Telefonos: 6645961617
Titular: Arturo Fabián Medina Santacruz

CONSULTA 07/11/2025**Nota de evolución #153**

Fecha: 07/11/2025 04:03 PM
Médico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Cerrada: Sí
Diagnósticos: M255 - DOLOR EN ARTICULACIÓN
Detalle:
07/11/2025
* AJUSTE GENERAL
* TENS CC TODA LA ESPALDA

Formato #107

Fecha: 07/11/2025 03:49 PM
Formato: CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIROPRÁCTICO
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Activo: Sí

Historia clínica #108

Fecha: 07/11/2025 03:47 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	MUJER
Domicilio:	
Entidad:	
Ocupación:	ESTUDIANTE
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	
Estado Civil:	

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	DOLOR ARTICULAR
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	UN AÑO
¿Describa de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	TODOS LOS DIAS
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	10 - Insoportable
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	NO
¿Ha estado hospitalizado?	NO
¿Ha sufrido de alguna fractura?	TIBIA IZQUIERDA
¿Ha sufrido de algún accidente?	SI
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	ESTUDIANTE
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	

Historia clínica #107

Fecha: 07/11/2025 03:46 PM
Medico: Arturo Fabián Medina Santacruz
Sucursal: Dr. Arturo Fabián Medina Santacruz
Firmado: No

Expediente

Pregunta	Respuesta
No.	

DATOS DEL PACIENTE

Pregunta	Respuesta
Sexo:	
Domicilio:	
Entidad:	
Ocupación:	
Escolaridad:	
Lugar de Nacimiento:	
Estado Civil:	

INFORMACIÓN GENERAL

Pregunta	Respuesta
¿Motivo principal de la consulta?	
¿Malestar principal?	
¿Desde que fecha comienza?	
¿Describa de qué manera comienza?	
¿Con qué frecuencia lo padece?	
¿Presenta entumecimiento?	
¿Algo que agrave el malestar?	
¿Algo alivia o mejora el malestar?	
¿Información Adicional?	
Valoración del Dolor	
¿Intervenciones previas, tratamientos, medicamentos, cirugías u otros cuidados que usted implemente para su malestar?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	
¿Ha estado hospitalizado?	
¿Ha sufrido de alguna fractura?	
¿Ha sufrido de algún accidente?	
¿Enfermedades que padeció en la niñez?	
¿Cuál es su actividad laboral?	
¿Practica algún deporte?	
¿Tiene algún pasatiempo?	
¿Cuál es su peso y talla?	
¿Tiene algún vicio?	
Observaciones	